

# DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE



GROUPE HOSPITALIER  
 MUTUALISTE DE GRENOBLE  
 Clinique d'Alembert, Clinique des Eaux-Clares, Institut Daniel Holland

## Formulaire

Référence : FO-PCP-SEJ-012  
Version : 4 du 29/03/2012

### En application de l'article L1111-6 du Code de la santé publique

Ce formulaire, dûment *complété et signé*, est à remettre *impérativement* :  
- soit à la *secrétaire médicale* lors de la *prochaine consultation*,  
- soit à l'*infirmière* qui vous accueillera lors de votre *admission*.

**IMPORTANT** : cette désignation est *facultative*. Elle concerne les patients *majeurs* qui ne font pas l'objet d'une mesure de *tutelle*.

Je soussigné(e) Mme  ou M.

NOM : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

PRENOM(S) : .....

NE(E) (J/M/A) LE ...../...../..... A (ville) ....., N° de département : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE(S) : .....

déclare avoir reçu l'information sur la personne de confiance grâce au document qui m'a été remis par l'équipe soignante et ne souhaite pas en désigner une ;

déclare avoir reçu l'information sur la personne de confiance grâce au document qui m'a été remis par l'équipe soignante et souhaite désigner pour la durée de mon hospitalisation :

NOM DE LA PERSONNE DESIGNEE : .....

PRENOM(S) : .....

NE(E) (J/M/A) LE ...../...../..... A (ville) ....., N° de département : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE(S) : .....

Cette personne de confiance, qu'il m'incombe d'informer de sa désignation en m'assurant de son accord, est :

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

J'ai également été informé(e) de la possibilité de modifier cette désignation à tout moment.

Le cas échéant, j'en informerai un membre de l'équipe soignante qui me remettra un formulaire de « modification de désignation de la personne de confiance ».

Fait à .....

Le.....

Signature du patient hospitalisé (obligatoire) :

Patient(e) dans l'impossibilité de désigner une personne de confiance

### Cadre réservé à la personne de confiance (facultatif)

Je soussigné(e),

NOM : .....

PRENOM : .....

certifie avoir été informé(e) de ma désignation en tant que personne de confiance du patient susnommé et avoir été renseigné(e) sur ma mission grâce au document remis par l'Etablissement de soins :

Fait à.....

Signature :

Le.....